DES PRODROMES DANS PLUS DE 2 TIERS DES CAS DANS LES 6 MOIS QUI PRÉCÈDENT

Décompensation délirante aiguë des pathologies psychiatriques

web

Catherine Faget-Agius, Christophe Lançon
Service de psychiatrie adulte, CHU La Conception, 13385 Marseille Cedex 05, France.
catherine.faget@ap-hm.fr ; christophe.lancon@ap-hm.fr

La schizophrénie et le trouble bipolaire constituent deux grandes pathologies psychiatriques qui nécessitent une prise en charge thérapeutique au long cours. Leur cours évolutif est fait d'épisodes aigus et de périodes de rémission. Un des principaux objectifs thérapeutiques, après avoir traité l'épisode aigu, est de prévenir les rechutes. Plus de la moitié des patients rechutent dans les 2 ans qui suivent un premier épisode de schizophrénie et plus de 90 % des patients diagnostiqués bipolaires font au moins une rechute au cours de leur vie.[1, 2] Le plus souvent, les rechutes se manifestent par la réapparition d'idées délirantes aiguës, que ce soit dans le cadre de la schizophrénie ou du trouble bipolaire.

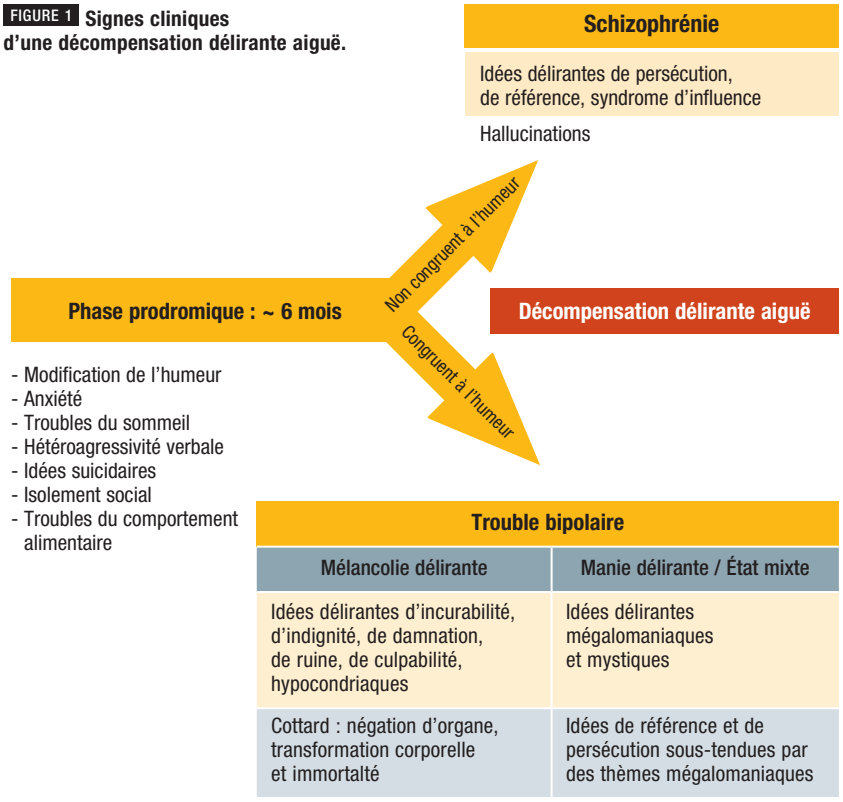
Repérer les signes prodromiques

Les signes prodromiques d'une décompensation délirante aiguë sont présents dans 66 à 100 % des cas et apparaissent dans les 6 mois qui précèdent l'acmé de la décompensation.[3]

Le patient a souvent initialement une modification de l'humeur, avec une humeur dépressive, un manque de plaisir ; ou à l'opposé une humeur expansive et labile, avec une agitation psychomotrice et une irritabilité. On note également la présence de troubles de la volition avec une baisse de l'élan vital, une asthénie, une restriction des centres d'intérêts. Les symptômes anxieux sont aussi présents très tôt avec une sensation de tension interne, une préoccupation excessive sur sa santé ou sur des problèmes mineurs du quotidien. Le patient se plaint également de troubles du sommeil qui doivent être un signe d'alerte quelle qu'en soit la forme (insomnie d'endormissement, matinale ou totale, hypersomnie, inversion du cycle nycthéméral).

À un stade plus avancé de la phase prodromique, une hétéro-agressivité verbale apparaît, pouvant prendre la forme d'une coprolalie* ou d'un autoritarisme. Le patient commence à avoir des idées suicidaires, ne ressent plus le besoin d'avoir des contacts sociaux et s'isole

FIGURE 1 **Signes cliniques d'une décompensation délirante aiguë.**



* Coprolalie : tic de langage qui consiste à tenir des propos grossiers et obscènes.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

TABLEAU 1 **Évaluation du risque suicidaire**

Niveau d'intentionnalité	Antécédents	Présence de comorbidités	Présence de signes cliniques favorisant le passage à l'acte	Environnement du patient
Planification suicidaire	Personnels de TS : rechercher les moyens employés	Addictives : favorisent le passage à l'acte et augmentent le délire	Agitation	Événement de vie précipitant ou aggravant : rupture, conflit, échec, deuil
Moyens à disposition pour mettre en œuvre ses plans	Familiaux de TS ou de suicide abouti	Psychiatriques	Insomnie persistante	Soutien et présence de l'entourage familial ou amical
Létalité potentielle des moyens		Somatiques	Impulsivité	Capacité d'accès aux soins
			Actes imposés par un syndrome d'influence	
			Absence de conscience des troubles	

TS : tentative de suicide.

donc socialement et professionnellement. En parallèle, des troubles du comportement alimentaire apparaissent, se manifestant soit par une restriction alimentaire, soit par une hyperphagie et une désorganisation du rythme des prises alimentaires (fig. 1).[4]

Ces signes prodromiques ne sont ni spécifiques à la schizophrénie ni au trouble bipolaire. Il est important de savoir les repérer afin d'intervenir au plus tôt et d'éviter une hospitalisation.

Diagnostiquer une décompensation délirante aiguë

Le tableau clinique d'une décompensation délirante aiguë est généralement bruyant.

Dans la schizophrénie

On note la réapparition ou l'exacerbation d'idées délirantes et/ou d'hallucinations. La réalité est transformée par les fausses croyances du sujet et donne lieu à un vécu délirant. Le patient exprime alors des idées délirantes de persécution croyant qu'une ou plusieurs personnes lui veulent du mal et qu'il est au centre d'un complot. On trouve également des idées délirantes de référence, le patient ayant l'impression qu'on parle de lui, qu'on lui envoie des messages à travers les émissions télévisuelles ou les journaux. Il peut également avoir l'impression qu'une action occulte dirige ses pensées, ses mouvements, ses sentiments, il s'agit alors du syndrome d'influence. De plus, la réalité peut également être transformée par des troubles perceptuels qui sont à l'origine des hallucinations. Les hallucinations les plus fréquentes dans la schizophrénie sont les hallucinations auditives, elles se manifestent souvent par des attitudes d'écoute et une soliloquie. Les patients rapportent également des hallucinations cénesthésiques (sensation de toucher, d'effleurement, de piqûre, de brûlure) qu'ils intègrent dans un vécu délirant d'ensorcellement ou de possession. Des hallucinations gustatives et olfactives sont aussi notées, alors que les hallucinations visuelles sont très rares dans la schizophrénie et doivent avant tout faire évoquer une organicité. Enfin, lors d'une décompensation délirante aiguë de schizophrénie, une désorganisation est présente. Le patient a un comportement bizarre, sourit sans raison, peut avoir des stéréotypies verbales ou motrices.

Dans le trouble bipolaire

La décompensation thymique est au premier plan, avec soit des éléments en faveur d'un épisode dépressif majeur (humeur triste, anhédonie, sentiment d'inutilité, ruminations anxieuses), soit des éléments en faveur d'un épisode maniaque (humeur exaltée, tachypsychie, logorrhée, hyperactivité, désinhibition). Les éléments dépressifs et maniaques peuvent coexister au cours d'un même épisode de décompensation thymique, on parle alors d'état mixte. Des éléments délirants aigus tels que des idées délirantes et/ou des hallucinations peuvent être présents en même temps que les éléments thymiques, constituant ainsi les formes cliniques avec caractéristiques psychotiques.

Les éléments délirants sont dits congruents à l'humeur, c'est-à-dire de tonalité négative en cas de dépression ou de tonalité positive dans une manie. Lorsqu'il s'agit d'un épisode dépressif majeur (c'est-à-dire caractérisé) sévère

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

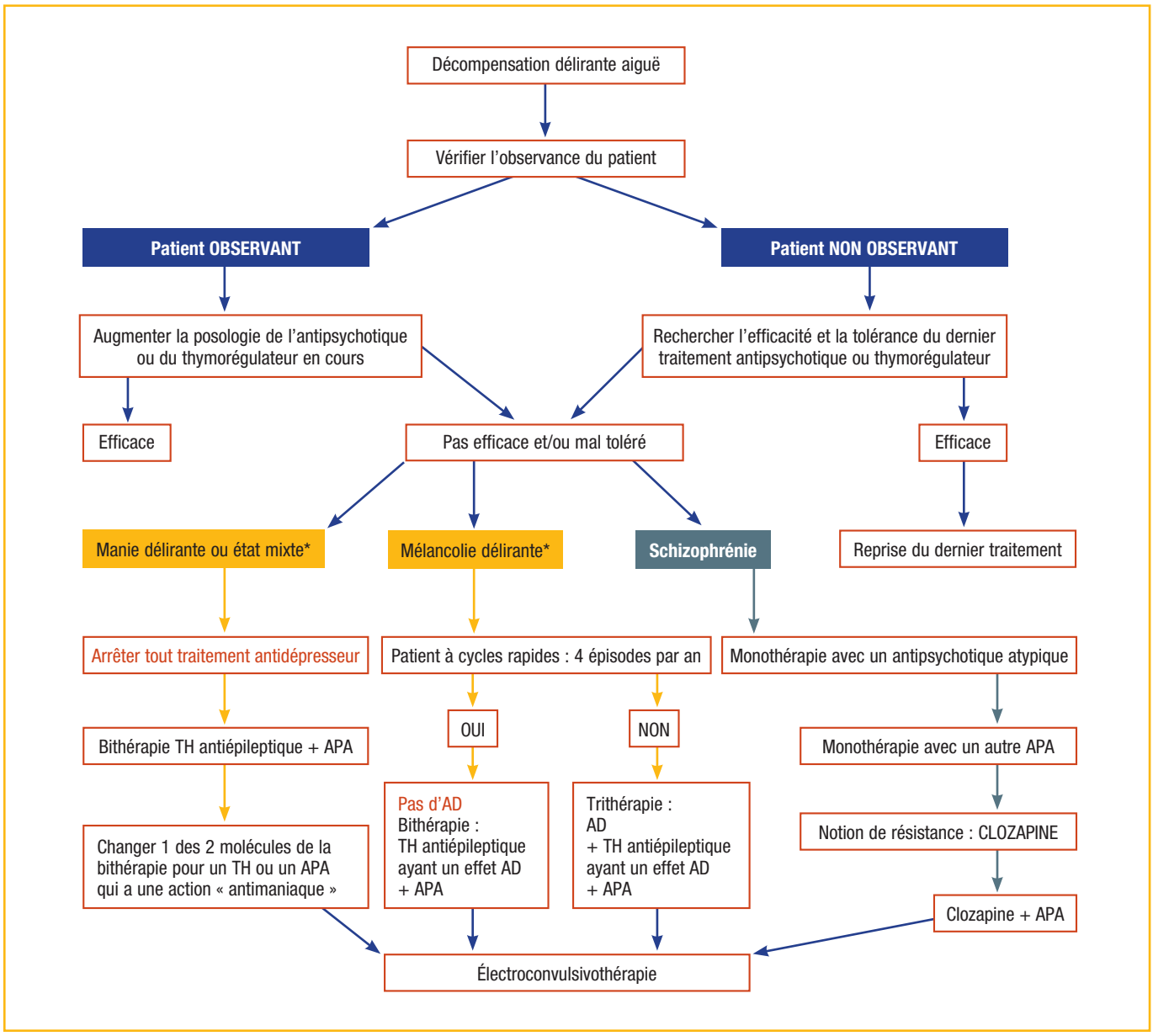


FIGURE 2 **Arbre décisionnel de prise en charge d'une décompensation délirante aiguë.**

* La manie délirante, l'état mixte ou la mélancolie délirante entrent dans le cadre d'un diagnostic de trouble bipolaire. Les patients « à cycles rapides » ont au moins 4 épisodes thymiques par an, on parle alors de trouble bipolaire à cycles rapides.

AD : antidépresseur ; **APA :** antipsychotique atypique ; **TH :** thymorégulateur.

avec caractéristiques psychotiques, on parle de mélancolie délirante. Le patient exprime alors des idées délirantes d'incurabilité, d'indignité, de damnation, de ruine. On retrouve aussi des idées délirantes de culpabilité, le patient se culpabilisant plus de la moitié de la journée pour des faits mineurs, ainsi que des idées délirantes hypocondriaques. Une forme particulière de mélancolie délirante est le syndrome de Cotard dont les thèmes délirants sont la négation d'organe, la transformation corporelle et l'immortalité. Enfin, des idées délirantes non congruentes à l'humeur notamment à thème de persécution ou des hallucinations peuvent également être présentes dans les épisodes mélancoliques.

En ce qui concerne les épisodes maniaques, les thèmes délirants sont la mégalomanie, qui est souvent enrichie d'éléments mystiques, les sujets se pensant ainsi investis d'une mission divine. On trouve également des idées

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

TABLEAU 2

Antipsychotiques et thymorégulateurs à prescrire en cas de décompensation délirante aiguë

Antipsychotiques atypiques			Thymorégulateur		
				À visée antimaniaque ou mixte	À visée antidépressive
Amisulpride	1	Schizophrénie	**Téralithe**	OUI	OUI
	2	1 200 mg	Posologies à adapter en fonction du dosage plasmatique de téralithe		
	3	400 mg maximum par prise en 1 à 3 fois/j	Bilan pré-lithium avant instauration		
	4	Prise de poids Hyperprolactinémie Symptômes extrapyramidaux	Prise de poids Insuffisance rénale chronique Dysthyroïdie Troubles du rythme cardiaque		
Olanzapine	1	Schizophrénie **Épisode maniaque**	**Carbamazépine**	OUI	NON
	2	20 mg	600 à 1 200 mg		
	3	10 à 20 mg par jour en 1 ou 2 prises	Dosage plasmatique de carbamazépine		
	4	Prise de poids Diabète Hypercholestérolémie	Inducteur enzymatique Prise de poids		
Rispéridone	1	Schizophrénie **Épisode maniaque**	**Oxcarbazépine**	OUI	NON
	2	16 mg	2 400 mg		
	3	Initier à 2 mg puis augmenter par palier de 2 mg dans la schizophrénie et de 1 mg dans la manie par jour jusqu'à 8 mg	Initier à 600 mg en 2 prises Augmenter par palier de 600 mg/j		
	4	Symptômes extrapyramidaux Hyperprolactinémie	Hyponatrémie Ataxie, tremblements Troubles gastro-intestinaux		
Aripiprazole	1	Schizophrénie **Épisode maniaque**	**Valproate**	OUI	OUI
	2	30 mg	2 500 mg		
	3	15 à 30 mg par jour en une prise	Initier à 750 mg répartis 2 à 3 fois/j Augmenter en fonction du dosage plasmatique de valproate		
	4	Impatiences Akathisie Tremblements	Hépatopathies Prise de poids		

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

Quétiapine	1	Schizophrénie **Épisode maniaque**	**Valpromide**	OUI	OUI
	2	800 mg	1 800 mg		
	3	J1 : 400 mg J2 : 600 mg À prendre 1 heure avant le repas	Initier à 300 ou 600 mg et augmenter par palier de 300 mg tous les 3 jours		
	4	Sédation Prise de poids	Hépatopathies Prise de poids		
Clozapine	1	Schizophrénie pharmacorésistante	**Lamotrigine**	NON	OUI
	2	900 mg	700 mg		
	3	Initier à 25 mg et augmenter par palier de 25 mg par semaine Hémogramme 1 fois par semaine pendant 18 semaines puis 1 fois par mois (carnet de suivi de Leponex)	Initier à 50 mg/j pendant 2 semaines Augmenter par palier de 50 mg toutes les 2 semaines Adapter la posologie en fonction du dosage plasmatique de lamotrigine		
	4	Agranulocytose Tachycardie Myocardite Sédation	Éruptions cutanées Syndrome de Lyell et de Stevens-Johnson Atteinte hépatique		

1 : indications ; **2 :** posologie initiale ; **3 :** modalités de prescription ; **4 :** effets indésirables.

de référence, également sous-tendues par des idées mégalomaniaques : la télévision ou les journaux leur adressent des messages personnels parce qu'ils sont célèbres ou importants. Les thèmes délirants de persécution peuvent être également présents et sont soit congruents à l'humeur s'ils sont en relation directe avec les idées mégalomaniaques (la persécution est, dans ces cas, la conséquence du pouvoir ou de l'importance particulière du sujet), soit non congruents au même titre que les idées de pensées imposées ou de diffusion de la pensée (qui sont cependant des thèmes délirants plus rares dans la manie) [fig. 1].[5]

Évaluer le risque suicidaire

Le risque de suicide est majeur lors d'une décompensation délirante aiguë : 15 % des patients atteints de troubles bipolaires et 10 % des patients atteints de schizophrénie décèdent par suicide. Il est donc indispensable de rechercher la présence d'idées suicidaires devant toute décompensation délirante aiguë et d'évaluer le risque suicidaire (tableau 1).[6]
Cette évaluation est un facteur déterminant de la modalité de prise en charge thérapeutique en ambulatoire ou en hospitalisation.

Rechercher des comorbidités

Les comorbidités, si elles ne sont pas diagnostiquées et prises en charge, peuvent être responsables d'une réponse thérapeutique partielle. Les comorbidités addictives sont très fréquentes et accentuées lors des épisodes de décompensation délirante aiguë. Il faut rechercher une consommation d'alcool, une prise de substances psycho-actives illicites telles que le cannabis, des stimulants, des opiacés et une surconsommation de benzodiazépines ou d'hypnotiques. Des comorbidités psychiatriques peuvent également être présentes, comme un trouble anxieux, un épisode dépressif majeur comorbide d'une décompensation de schizophrénie. Enfin, les comorbidités somatiques sont également importantes à rechercher car elles vont guider le choix thérapeutique ; obésité, diabète, hypercholestérolémie, dysfonction thyroïdienne, troubles du rythme cardiaque, troubles neurologiques (rigidité extrapyramidale, tremblement, akathisie**) sont les plus fréquentes.[6, 7]
La recherche de ces comorbidités se fait par un entretien psychiatrique, un examen clinique somatique, un électrocardiogramme et un bilan biologique. Une imagerie cérébrale (tomodensitométrie ou imagerie par résonance magnétique) n'est indiquée, dans le cadre d'une décompensation délirante aiguë d'une pathologie psychiatrique connue, qu'en cas de modification de la symptomatologie psychiatrique, d'atypicité ou de signes neurologiques associés (en dehors des signes évoquant un syndrome parkinsonien).

* Akathisie : sensation gênante ressentie par le patient comme l'impossibilité de rester assis ou de rester en place.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN

Traiter

Une décompensation délirante aiguë est une urgence thérapeutique. L'indication d'hospitalisation est fondée sur l'intensité du syndrome délirant et des éléments thymiques dans le cadre du trouble bipolaire, sur la capacité du patient à critiquer son délire, sur l'adhésion du patient aux soins et sur l'évaluation du risque suicidaire. Si le patient refuse les soins alors qu'il y a une indication d'hospitalisation, on doit avoir recours à une hospitalisation sous contrainte. L'objectif thérapeutique principal est de réinstaurer un traitement de fond, c'est-à-dire un antipsychotique pour un patient atteint de schizophrénie[8] et un thymorégulateur pour un patient ayant un trouble bipolaire[9] (tableau 2). Il est impératif devant tout épisode maniaque ou mixte d'arrêter un traitement antidépresseur en cours (fig. 2). Le traitement instauré doit être maintenu 6 à 8 semaines aux posologies maximales tolérées afin de pouvoir juger de son efficacité. Si plusieurs lignes de traitement s'avèrent inefficaces, un traitement par électroconvulsivothérapie est proposé en complément du traitement médicamenteux de fond. Un traitement efficace est maintenu au long cours pour prévenir une nouvelle décompensation délirante aiguë.

Évolution et prévention

L'évolution est en général favorable après plusieurs semaines de traitement de fond bien conduit avec un amendement, voire une disparition complète des éléments délirants. Cependant, entre 10 et 20 % des patients gardent des symptômes résiduels qui étaient absents auparavant. De plus, faire une décompensation délirante aiguë augmente le risque d'apparition de symptômes résistants et le risque de récidive. C'est pourquoi la prévention de la décompensation délirante aiguë est un objectif majeur de la prise en charge à long terme des pathologies psychiatriques.[10] Elle passe par le maintien d'un traitement de fond aux posologies maximales efficaces. Il est impératif d'associer ce traitement à des traitements non pharmacologiques pour favoriser l'acceptation de la maladie et l'observance thérapeutique, et pour améliorer la qualité de vie des patients.

Conclusion

La décompensation délirante aiguë est la réapparition ou la majoration d'éléments délirants chez un patient déjà suivi pour un trouble bipolaire ou une schizophrénie. Elle est souvent le résultat d'une mauvaise ou non-observance médicamenteuse. C'est pourquoi il faut de manière préventive veiller à la prise du traitement prescrit. •

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêts.

RÉSUMÉ Décompensation délirante aiguë des pathologies psychiatriques

Les décompensations délirantes aiguës sont très fréquentes dans la schizophrénie (plus de 50 % des cas à 2 ans) et dans le trouble bipolaire (90 % des patients). Le diagnostic précoce repose sur la reconnaissance des signes prodromiques qui sont présents dans plus de 50 % des cas dans les 6 mois qui précèdent la décompensation. Ces signes, non spécifiques, sont une modification de l'humeur, une recrudescence anxieuse, des troubles du sommeil et de l'alimentation et l'apparition d'idées suicidaires. À une phase plus avancée, apparaissent les éléments délirants aigus qui sont très souvent des idées délirantes de persécution et des hallucinations dans la schizophrénie, et un syndrome délirant congruent à l'humeur dans le cadre du trouble bipolaire. La prise en charge thérapeutique doit être la plus précoce possible et consiste à majorer ou à réinstaurer le traitement de fond antipsychotique ou thymorégulateur. La prévention est capitale et consiste au maintien du traitement de fond au long cours et à une prise en charge psychosociale.

SUMMARY Acute delirium in decompensated schizophrenia and bipolar disorder

Acute delirium is common in decompensated schizophrenia and bipolar disorder: more 50% in two years after the first episode of schizophrenia and 90% of patients with a diagnosis of bipolar disorder. Early signs precede in more 50% of cases the delirious exacerbation of 6 months. These non-specific signs are a change in the mood, an increase of anxiety, sleep and food disorders and suicidal ideation. After this prodromal phase, a persecutory delusion and hallucinations are often present in decompensated schizophrenia. In decompensated bipolar disorder, the delusional syndrome is congruent with the mood. The care should be the earliest possible. The treatment by antipsychotic or mood stabilizer must be increased or re-introduced and maintained during a long time in order to prevent a relapse. In parallel, a psychosocial care must be instituted.

RÉFÉRENCES

1. **Winokur G, Coryell W, Keller M, Endicott J, Akiskal H.** A prospective follow-up of patients with bipolar and primary unipolar affective disorder. Arch Gen Psychiatry 1993;50:457-65.
2. **Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, et al.** Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Arch Gen Psychiatry 1999;56:241-7.
3. **Bechdolf A, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J.** Self-experienced vulnerability, prodromal symptoms and coping strategies preceding schizophrenic and depressive r elapses. Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr 2002;17:384-93.
4. **Bouhlel S, Jones Y, Khelifa E, Msolly M, Melki W, El-Hechmi Z.** Les prodromes des rechutes schizophréniques : étude descriptive et comparative. Encéphale 2012;38:397-403.
5. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). APA, 2013.
6. **Haute Autorité de santé.** Troubles bipolaires ALD 23. Guide médecin, 2009. http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200909/ald_23__gm_troubles_bipolaires_web.pdf
7. **Haute Autorité de santé.** Schizophrénies ALD 23. Guide médecin, 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_ald23_schizophr_juin_07.pdf
8. **Hasan A, Falkai P, Wobrock T, et al.** World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. World J Biol Psychiatry 2012;13:318-78.
9. **Llorca PM, Courtet P, Martin P, et al.;** Association française de psychiatrie biologique et neuropsychopharmacologique (AFPBN). Dépistage et prise en charge du trouble bipolaire : résultats. Encéphale 2010;36:S86-102.
10. **Passerieux C, Caroli F, Giraud-Baro E.** Les personnes atteintes de schizophrénie et la rechute. Encéphale 2009;35:586-94.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN